

# L'efficacité des centres de prévention du suicide

## The effectiveness of suicide prevention centers

David Lester

Volume 19, numéro 2, automne 1994

Le suicide

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032310ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032310ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lester, D. (1994). L'efficacité des centres de prévention du suicide. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 15-24. <https://doi.org/10.7202/032310ar>

Résumé de l'article

Le présent article passe en revue les services offerts par les centres de prévention du suicide de même que les études sur l'évaluation de ces services, quelles que soient leurs conclusions. Nous jetons aussi un rapide coup d'oeil sur différents critères des activités internes des services. Nous lançons ensuite un appel à une implication beaucoup plus grande des universitaires et des conseillers dans le processus d'évaluation de ces services car seuls l'établissement d'objectifs et d'hypothèses clairs et leur évaluation ultérieure peuvent contribuer à augmenter la qualité et l'étendue des services de prévention du suicide.



## L'efficacité des centres de prévention du suicide

---

David Lester\*

Le présent article passe en revue les services offerts par les centres de prévention du suicide de même que les études sur l'évaluation de ces services, quelles que soient leurs conclusions. Nous jetons aussi un rapide coup d'œil sur différents critères des activités internes des services. Nous lançons ensuite un appel à une implication beaucoup plus grande des universitaires et des conseillers dans le processus d'évaluation de ces services car seuls l'établissement d'objectifs et d'hypothèses clairs et leur évaluation ultérieure peuvent contribuer à augmenter la qualité et l'étendue des services de prévention du suicide.

Une des principales stratégies de prévention du suicide, au cours des quarante dernières années, a été la mise sur pied de centres de prévention du suicide (CPS). Même si de tels organismes existaient avant 1950, leur développement s'est appuyé sur le modèle du centre de prévention du suicide de Los Angeles fondé par Norman Farberow et Edwin Shneidman et du Centre Samaritain, fondé à Londres par Chad Varah. Il existe maintenant des CPS dans plusieurs pays, dont certains ont développé des réseaux de façon à ce qu'une personne ait toujours accès à un centre ou à un autre.

De façon générale, les CPS offrent un service de consultation téléphonique d'urgence maintenu, 24 heures sur 24, par des bénévoles para-professionnels. Certains centres ont aussi des équipes mobiles qui peuvent aller rencontrer les personnes en détresse dans leur communauté ou dans des cliniques externes.

Sauf exception, l'action des CPS est basée sur un modèle de crise du processus suicidaire. Les personnes aux prises avec des pulsions suicidaires sont perçues comme étant dans un état de crise limité dans le temps. Une intervention d'urgence aidera la personne à surmonter sa crise suicidaire et à reprendre une vie normale.

---

\* L'auteur, Ph.D., est directeur du Centre d'études sur le suicide de Blackwood au New Jersey (USA).

Dans un premier temps, le processus de prévention du suicide doit viser à prévenir le développement des tendances suicidaires mais peu de programmes ont été conçus en ce sens, à l'exception peut-être de certains programmes scolaires destinés à développer chez les enfants l'estime de soi et la capacité à résoudre des problèmes. Dans un deuxième temps, la prévention porte sur l'intervention auprès des personnes qui sont au bord du suicide. À un troisième niveau d'intervention, l'objectif est d'empêcher la répétition des tentatives de suicide.

Les CPS sont bien organisés pour offrir le deuxième type de prévention. Leur approche préventive, toutefois, est de nature essentiellement passive (Lester, 1989). Ainsi, la personne suicidaire doit d'abord connaître l'existence du centre puis trouver assez de motivation pour le contacter. Rares sont les méthodes plus actives, telles le dépistage des anciens patients psychiatriques (particulièrement ceux qui ont déjà tenté de se suicider), des hommes âgés vivant seuls et autres personnes à risque. Quelques rares centres tentent de sensibiliser leur communauté (les médecins, les policiers, les prêtres, les avocats et peut-être d'autres groupes qui sont aussi en contact avec le public, comme les barmans, les prostituées et les coiffeuses) à l'importance d'identifier les personnes déprimées, perturbées ou suicidaires et de les référer aux personnes ressources appropriées.

### **Les centres de prévention du suicide préviennent-ils le suicide?**

Comme un des principaux objectifs des CPS, de toute évidence, est de prévenir le suicide, il importe de savoir s'ils y parviennent et si oui, jusqu'à quel point. Trois des quatre premières études sur la question n'ont pu démontrer l'impact de l'action des CPS sur le taux national de suicide. Quoique Bagley (1968) ait trouvé que les villes anglaises dotées d'un Centre Samaritain avaient un taux de suicide moindre que les villes qui n'en n'ont pas, Lester (1980) a trouvé dans l'analyse statistique de Bagley des erreurs qui, une fois corrigées, amènent à des résultats qui ne peuvent plus appuyer ses conclusions originales. De plus, Barraclough et son équipe (1977), avec un nouvel échantillonnage de villes, n'ont pu corroborer les conclusions de Bagley.

Aux États-Unis, Lester (1974) n'a pu lui non plus prouver que les villes qui comptent un CPS avaient un taux de suicide plus bas que les villes qui n'en ont pas. Bridge et son équipe (1977) ont trouvé de leur côté que les comtés de la Caroline du Nord, avec ou sans CPS, avaient un taux de suicide égal.

Miller (1984), toutefois, comparant des comtés américains avec et sans CPS, a trouvé que les centres avaient des effets bénéfiques sur le taux de suicide des femmes de race blanche, qui sont par ailleurs les usagers les plus fréquents. Plus récemment, Medoff (1984) est arrivé à la conclusion que la densité des CPS dans les états américains était inversement proportionnelle au taux de suicide, résultat corroboré par Lester (1991b, 1993) dans une étude sur le changement du taux de suicide des états américains entre 1970 et 1980.

Ainsi, il y a désormais lieu d'être optimiste face au succès de CPS mais il importe que plus de chercheurs se penchent sur le problème de l'évaluation de l'efficacité des CPS, ce qu'ils devront faire sous des approches nouvelles et basées sur de nouvelles sources de données. Par exemple, des études de séries temporelles seraient plus utiles que les études d'échantillons publiées jusqu'à maintenant, même si les études de séries temporelles doivent tenir compte des changements dans la disponibilité des moyens efficaces de se suicider. Par exemple, Lester (1991, a et b) a démontré que la multiplication des Centres Samaritain en Grande-Bretagne avait eu un impact positif sur le taux de suicide, nonobstant la détoxication du gas domestique utilisé dans ce pays; Lester (sous presse) est arrivé aux mêmes résultats au Japon.

### **D'autres façons d'évaluer les centres de prévention du suicide**

Il arrive que les CPS incluent dans leur nom l'expression «intervention d'urgence»; certains, même, se définissent exclusivement comme «service d'intervention d'urgence». Dans ce cas, évaluer ces centres en se basant sur le seul taux de mortalité de leur clientèle relève d'une approche pour le moins étroite. Les usagers des services d'intervention d'urgence en profitent de plusieurs façons et ils peuvent faire l'objet d'un suivi pour déterminer comment ils ont été aidés par le service et comment ils évaluent l'expérience. De façon plus générale, les CPS devraient se fixer des objectifs clairs à partir de leur mandat de base et ces objectifs devraient être évalués de façon continue.

Les CPS, pour leur part, peuvent évaluer la performance de leurs conseillers. Par exemple, Knickerbocker et McGee (1973) ont décrit des façons de mesurer l'empathie, la sincérité, la considération, le réalisme et l'ouverture sur soi des conseillers travaillant au téléphone; par ailleurs, plusieurs centres ont tenté d'évaluer formellement leurs conseillers (Garrett et al., 1993).

Plus récemment, Mishara et Daigle (1992) ont mandaté des observateurs pour écouter les appels dans deux CPS de Québec. En classant les interventions des conseillers, les observateurs ont trouvé que les plus fréquentes touchaient l'acceptation puis le champ orientation-investigation (questions directes). Les observateurs ont aussi mesuré :

- les changements dans le niveau de dépression des clients ; ils ont estimé qu'environ 14 % d'entre eux étaient moins dépressifs à la fin de l'appel ;
- les changements dans la probabilité d'un comportement suicidaire ; 27 % des clients présentaient un moindre risque de suicide à la fin de l'appel ;
- la fréquence d'une entente entre le client et le conseiller, à laquelle on parvenait dans 68 % des cas.

Des études sur les critères de performance aideraient les responsables des centres dans la sélection et la formation de leurs conseillers assignés à la consultation téléphonique. À cet effet, Tekavcic-Grad et Farberow (1989) ont demandé à des conseillers de Ljubljana en Yougoslavie et de Los Angeles de dresser la liste des qualités essentielles d'un bon conseiller. Les deux groupes ont cité la motivation au travail et la capacité d'écoute comme les deux plus importantes. Toutefois, tandis que les conseillers de Los Angeles disaient posséder le profil du bon conseiller, ceux de Ljubljana ne croyaient pas répondre aux critères.

Pour tenter d'expliquer le haut taux de décrochage chez les conseillers Mahoney et Pechura, (1980), Mishura et Giroux (1993) ont étudié, eux, les déterminants du stress ressenti par les conseillers. Ils ont trouvé que le manque d'expérience dans la fonction de conseiller, le niveau d'urgence de l'appel et la difficulté de faire face à la situation étaient causes de stress chez les conseillers. Ces chercheurs ont aussi fait des recommandations sur la sélection et la formation des conseillers.

Par ailleurs, l'efficacité des opérations internes du centre peut être évaluée de différentes façons ; en regardant, par exemple, si les dossiers des clients sont remplis correctement ; en mesurant le temps requis pour joindre un conseiller à différentes périodes de la semaine ; et en mesurant le pourcentage de personnes suicidaires qui, référées au centre ou à un autre service de consultation, prennent effectivement contact ou se présentent à leur rendez-vous. Par exemple, Rogers et Subich (1990) se sont penchés sur l'utilité de standardiser la

collecte des données par les conseillers et la procédure d'évaluation du risque chez les clients.

On peut aussi évaluer jusqu'à quel point un centre rencontre ses objectifs en vérifiant si les gens dans la communauté en ont entendu parler et si le profil de la clientèle correspond à celui des groupes cibles (Lester, 1989). Des activités spécifiques, comme les programmes de formation des conseillers, peuvent aussi faire l'objet d'une évaluation formelle (Tierney, 1991).

Plusieurs études récentes ont analysé comment les personnes qui avaient tenté de se suicider évaluaient les traitements reçus dans les hôpitaux (Grootenhuis et Papp, 1993; Kocmur et Zavasnik, 1991; Treloar et Pinfold, 1993); les personnes contactées par Grootenhuis et Papp auraient souhaité être traitées «de façon plus humaine». Les CPS auraient avantage à rester en contact avec leurs clients pour savoir comment ils évaluent le service.

### **L'usage du téléphone en consultation**

L'usage du téléphone comme principal moyen de consultation dans les CPS a amené les chercheurs à scruter les avantages de la consultation téléphonique par rapport à la consultation personnelle face-à-face (Lester, 1977). Le téléphone permet au client de garder l'anonymat s'il le désire (quoique la sauvegarde de l'anonymat soit désormais compromise par les services des compagnies de téléphone permettant de connaître la provenance des appels). La consultation téléphonique confère un pouvoir accru au client qui peut, par exemple, rester dans son espace (chez lui) plutôt que d'entrer dans l'espace du conseiller (un bureau). Il est aussi beaucoup plus facile pour le client de raccrocher que de mettre fin à une rencontre personnelle. Par ailleurs, les CPS qui utilisent le téléphone augmentent l'accessibilité de leur service car presque tout le monde a accès à un téléphone; la consultation peut donc se faire de façon immédiate.

La présence d'un groupe de conseillers rend le client dépendant du centre plutôt que d'un conseiller en particulier; ainsi, il sera plus facile pour le client de s'adapter à l'absence, temporaire ou permanente, d'un tel conseiller.

La consultation téléphonique comporte toutefois des désavantages. Les conseillers peuvent compter sur moins d'indices des clients pour formuler leurs «réponses». De la même façon, le transfert devient beaucoup plus fort car le client a moins d'informations sur le conseiller qui peut alors devenir objet de fantasmes. De plus, comme

le téléphone est associé au mode conversationnel, la consultation d'urgence peut facilement dégénérer en simple conversation.

Il serait intéressant de comparer l'efficacité respective de la consultation téléphonique et de la rencontre face-à-face et de déterminer quel type de clientèle tirerait le plus d'avantages de l'une ou de l'autre.

### **Les types de consultation d'urgence**

La consultation d'urgence, de façon générale, est basée sur l'approche centrée sur le client de Carl Rogers, mieux connue sous le nom de «l'écoute active» (Gordon, 1970). Le conseiller tente ici d'explorer les problèmes et l'état d'esprit de la personne en crise, en utilisant la réaction empathique (Lester et Brockopp, 1973). Les étapes subséquentes de ce type de consultation d'urgence portent sur l'évaluation des ressources du client, l'identification des solutions qui s'offrent à lui et l'assistance dans le choix d'une solution et sa mise en application. Lester (1991 a) a toutefois noté que la consultation d'urgence peut se baser sur l'analyse transactionnelle ou impuissance acquise (*learned helplessness*) plutôt que sur la consultation centrée sur le client, comme il se fait traditionnellement.

Orten (1974) a utilisé l'approche analytique transactionnelle dans la consultation d'urgence des personnes suicidaires. Notant que c'est le moi infantile qui porte le désespoir, Orten a suggéré que le conseiller tente de faire passer le contrôle au moi adulte du client. Le conseiller, toutefois, n'y arrivera pas avec des interventions émanant de son moi parental. Des messages qui disent «Quelqu'un t'aime», «Promets-moi que tu ne te tueras pas» ou «Je ne te laisserai pas faire», ne font qu'augmenter la force du moi infantile de la personne en détresse.

Poser des questions pour faire sortir l'information s'avère la meilleure façon d'amener le moi adulte du client à reprendre le contrôle. Les questions ne devraient pas être menaçantes; au début, le conseiller doit éviter de toucher directement les problèmes qui causent la dépression. Une trop grande hâte à parler des problèmes du client renforcera son moi infantile.

En abordant les problèmes personnels du client, le conseiller doit surveiller les signes d'un retour au moi infantile. Si cela se produit, le conseiller devrait reprendre contact avec le moi adulte en s'éloignant des sujets qui ont provoqué la réémergence du moi infantile.

Rosenthal (1986) a décrit les étapes qui, dans le contexte d'un syndrome d'impuissance, peuvent aider la personne suicidaire. Premièrement, Rosenthal suggère d'amener le client à s'engager par écrit à contacter le conseiller s'il se sent suicidaire; cela prouve au client que son comportement a touché au moins une personne: le conseiller. Deuxièmement, il est bon que le conseiller intervienne dans l'environnement du client. Il pourra peut-être, par exemple, parler aux parents d'un adolescent suicidaire. Celui-ci sentira alors que le conseiller est de son côté et qu'il n'est pas seul pour affronter ses problèmes. De façon générale, le client est amené à voir que la situation, bien que loin d'être idéale, n'est pas catastrophique et qu'elle peut être abordée de façon rationnelle.

Rosenthal souligne qu'il est important que le conseiller garde l'espoir que des solutions existent. Prenons l'exemple d'un adolescent ignoré par ses parents; le conseiller pourra lui dire qu'il leur parlera ou il pourra suggérer à l'adolescent des façons de reprendre contact avec eux. Le conseiller peut dire à une femme victime de violence conjugale que, le lendemain, il l'accompagnera en cour pour qu'elle obtienne la protection de la police et qu'il l'amènera ensuite dans un foyer pour femmes violentées.

Même si, au cours des récentes années, des recherches ont mesuré l'efficacité de différents types de psychothérapie pour les personnes suicidaires (Clum et Lerner, 1990; Freeman et Reinicke, 1993; Lihehan et al. 1991), aucune n'a encore comparé l'efficacité des différentes stratégies d'intervention d'urgence auprès de cette même clientèle. De telles études sont indispensables si nous voulons arriver à mieux aider les personnes suicidaires.

## **Discussion**

La consultation d'urgence de type traditionnel trouve sa base dans le système thérapeutique centré sur le client, élaboré par Carl Rogers. Rogers a toujours soutenu l'importance d'établir des objectifs et de vérifier ensuite s'ils avaient été atteints. Rogers et ses collaborateurs du centre qu'il a fondé à l'Université de Chicago ont consigné et analysé des entrevues avec des clients, ont suivi les clients pour évaluer leur situation et ont élaboré des méthodes pour mesurer l'efficacité de telle approche par rapport à telle autre (Kirschenbaum, 1979). Pour Rogers, la recherche n'était pas incompatible avec la capacité d'offrir des services de qualité. En fait, sans recherche, il n'aurait pas pu savoir si son centre offrait de bons services!



Le personnel des centres de prévention du suicide doit s'impliquer davantage dans la démarche scientifique. On devrait les encourager à établir leurs objectifs, autant au niveau de la communauté que de la clientèle cible, et ils devraient décider eux-mêmes comment vérifier s'ils les ont atteints. Comment le centre peut-il amener les personnes potentiellement suicidaires à utiliser ses ressources? Quelles sont les différentes approches possibles et laquelle convient le mieux à tel type de clients? Quels conseillers travaillent le plus efficacement avec les personnes suicidaires et à quoi tient cette efficacité?

Ce type de questionnement amènerait, en quelques années, des progrès énormes dans la lutte contre le suicide. On doit aussi se pencher sur la résistance qu'entretiennent certains conseillers face à la recherche; les conseillers ne sont-ils pas les mieux placés pour avancer des hypothèses sur la prévention du suicide et pour en tester la validité?

Chaque année, dans les colloques, je suis frappé par le manque d'études portant spécifiquement sur l'évaluation de l'efficacité des mesures de prévention du suicide et, en particulier, sur la consultation préventive. Si, en 1930, Carl Rogers avait considéré son approche d'alors comme la meilleure possible, il n'aurait jamais développé la consultation centrée sur le client. De la même façon, si nous croyons aujourd'hui que les méthodes employées dans les centres de prévention du suicide sont les meilleures, nous ne pourrons jamais améliorer ces services.

## RÉFÉRENCES

- BAGLEY, C., 1968, The Evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method, *Social Science and Medicine*, 2, 1-14.
- BARRACLOUGH, B. M., JENNINGS, C., MOSS, J. R., 1977, Suicide prevention by the Samaritans, *Lancet*, 1, 237-239.
- BRIDGE, T., POTKIN, S., ZUNG, W., SOLDI, B., 1977, Suicide prevention centers, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 18-24.
- CLUM, G.A., LERNER, M., 1990, A problem solving approach to treating individuals at risk for suicide in Lester, D., ed., *Current Concepts of Suicide*, Charles Press, Philadelphia, 194-202.
- FREEMAN, A., REINICKE, M.A., 1993, *Cognitive Therapy of Suicidal Behavior*, Springer, New York.

- GARRETT, C. R., TEARE, J. F., REED, C. R., SHANAHAN, D. L., COUGHLIN, D. D., 1993, Counselor evaluation in Lester, D., ed., *Suicide '93. American Association of Suicidology*, Denver, CO, 109-111.
- GORDON, T., 1970, *Parent Effectiveness Training*, Wyden, New York.
- GROOTENHUIS, M. A., PAPP, R. P., 1993, How do suicide attempters evaluate the treatment in a general hospital, *Italian Journal of Suicidology*, 3, 25-28.
- KIRSCHENBAUM, H., 1979, *On Becoming Carl Rogers*, Delacorte, New York.
- KNICKERBOCKER, D. A., MCGEE, R. K., 1973, Clinical effectiveness of non-professional and professional telephone workers in a crisis intervention center in Lester, D., and Brockopp G. W., eds., *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*, Charles Thomas, Springfield, Ill., 298-309.
- KOCMUR, D., ZAVASNIK, A., 1991, Patient's experience of the therapeutic process in a crisis intervention unit, *Crisis*, 12, 1, 69-81.
- LESTER, D., 1974, Effect of suicide prevention centers on suicide rates in the United States, *Health Services Reports*, 89, 37039.
- LESTER, D., 1977, The use of the telephone in counseling and crisis intervention in I. de Sola Pool ed., *The Social impact of the Telephone*, MIT Press, Cambridge, Mass., 454-472.
- LESTER, D., 1980, Suicide prevention by the Samaritans, *Social Science and Medicine*, 14A, 85.
- LESTER, D., 1989, *Can we prevent suicide?* AMS, New York.
- LESTER, D., 1991a, *Psychotherapy for suicidal clients*, Charles Thomas, Springfield, Ill.
- LESTER, D., 1991b, Do suicide prevention center prevent suicide? *Homeostasis in Health and Disease*, 33, 190-194.
- LESTER, D., 1993b, The effectiveness of suicide prevention programs, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 263-267.
- LESTER, D., (a), Evaluating the effectiveness of the Samaritans, *International Journal of Health Sciences*, sous presse.
- LESTER, D., (b), The effectiveness of suicide prevention centers in Japan, *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, sous presse.
- LESTER, D., BROCKOPP, G.W., eds., 1973, *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*. Charles Thomas, Springfield, Ill.
- LIHEHAMM, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMON, D., HEARD, H. L., 1991, Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- MAHONEY, H., PECHURA, C., 1980, Value and volunteers, *Psychological Reports*, 47, 1007-1012.
- MEDOFF, M.H., 1984, An evaluation of the effectiveness of suicide prevention centers, *Journal of Behavioral Economics*, 15, 43-50.

- MILLER, H., COOMBS, D., LEEPER, J., BARTON, S., 1984, An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the US, *American Journal of Public Health*, 74, 340-343.
- MISHARA, B. L., DAIGLE, M., 1992, The effectiveness of telephone interventions by suicide prevention workers, *Canada's Mental Health*, 40, 3, 24-29.
- MISHARA, B. L., GIROUX, G., 1993, The relationship between coping strategies and perceived stress in telephone intervention volunteers at a suicide prevention center, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 221-229.
- ORTEN, J. D., 1974, A transactional approach to suicide prevention, *Clinical Social Work*, 2, 57-63.
- ROGERS, J. R., SUBICH, L. M., 1990, Reliability analysis of the crisis line suicide risk scale, in Lester D., ed., *Suicide '90. American Association of Suicidology*, Denver, CO, 223-224.
- ROSENTHAL, H., 1986, The learned helplessness syndrome, *Emotional First Aid*, 3, 2, 5-8.
- TEKAVCIC-GRAD, O., FABEROW, N. L., 1989, A cross-cultural comparison of ideal and undesirable qualities of crisis line workers, *Crisis*, 10, 152-163.
- TIERNEY, R. J., 1991, Suicide intervention training evaluation in Lester, D., ed., *Suicide '91. American Association of Suicidology*, Denver, CO, 113.
- TRELOAR, A. J., PINFOLD, T. J., 1993, Deliberate self-harm, *Crisis*, 14, 83-89.

## ABSTRACT

### The effectiveness of suicide prevention centers

The basic services provided by suicide prevention services as well as research on the evaluation of these services are reviewed whether there is evidence that the services prevent suicide and also how the services might evaluate their internal activities. A plea is made for much greater involvement both by scholars and by counselors in the evaluation of these services, for only by formulating clear goals or hypotheses and examining whether they have been achieved or confirmed can we expect to improve the quality and range of suicide prevention services offered.